西暦　　　　年　　月　　日

製造販売後調査実施状況報告書

実施医療機関の長

（実施医療機関名）（長の職名）殿

責任医師

（氏名）　　　　　　印

下記の製造販売後調査における実施状況を以下のとおり報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼者 |  |
| 一般名 |  |
| 調査課題名 |  |
| 実績 | 実施例数(うち実施中)　：　　例（　　　例）（目標とする被験者数：　　例）  （同意取得をした場合（同意取得例数　　　　　：　　例））  （西暦　　　　年　　月　　日現在） |
| 調査期間 | 西暦　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 |
| 調査実施状況 | 安全性  有効性  その他 |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　所属：  TEL：　　　　　　FAX：　　　　　　Email： |